



## Perspectivas historico-sociales del paradigma de la salud

Historical-social perspectives of the health paradigm

GARCÍA, CARMIÑA<sup>1\*</sup>

FECHA DE RECEPCIÓN: 23 DE AGOSTO DE 2017

FECHA DE ACEPTACIÓN: 19 DE OCTUBRE DE 2017

### Resumen

Como profesionales en salud necesitamos analizar en profundidad lo que entendemos por salud para desarrollar una investigación que beneficie a nuestra sociedad.

Se realiza una revisión teórica de los diferentes modelos interpretativos del proceso salud-enfermedad. El modelo basado en las determinaciones sociales en salud, supera el pensamiento lineal de la epidemiología convencional de buscar la causa, fragmentando la realidad y mirando los fenómenos sin tiempo, e incorpora como herramienta metodológica a la epidemiología crítica que reconoce la complejidad del objeto salud en distintos dominios/órdenes y su carácter contradictorio que le da movimiento, con historicidad y determinado por las relaciones sociales de reproducción.

La salud se desarrolla en tres dominios: el dominio de lo general corresponde a la determinación del sistema de acumulación, la lógica

### Abstract

As health professionals we need to analyze in depth what we understand for health to develop research that benefits our society. A theoretical review of the different interpretive models of the health-disease process is carried out.

The model based on social determinations in health surpasses the linear thinking of conventional epidemiology of seeking the cause, fragmenting reality and looking at phenomena without time, and incorporates as a methodological tool the critical epidemiology that recognizes the complexity of the health object in Different domains / orders and their contradictory character that gives movement, with historicity and determined by the social relations of reproduction.

Health is developed in three domains: the domain of the general corresponds to the determination of the system of accumulation, the logic of the system of production, the policies

<sup>1</sup> Laboratorio de Endocrinología y Biomarcadores, Instituto de Servicios de Laboratorios de Diagnóstico e Investigación en Salud (SELADIS) - FCFB - UMSA, La Paz - Bolivia.

\* Autor Correspondencia: heidy8\_1@hotmail.com

matriz del sistema de producción, las políticas y expresiones del Estado y los procesos generales de la cultura y condicionantes epistémicos. El dominio de lo particular corresponde a las condiciones estructurales de los modos de vida de los grupos constitutivos, con sus patrones típicos de exposición a procesos nocivos para la salud colectiva y sus patrones propios de vulnerabilidad a dichos procesos nocivos. El dominio singular expresa la determinación de los estilos de vida de las personas y de sus rasgos fenotípicos y genotípicos.

Debemos como personal en salud romper paradigmas para entender la salud como un proceso, donde la forma de vivir de una comunidad afecta al colectivo y al individuo y viceversa.

### **PALABRAS CLAVE**

Epidemiología, Salud, Dominio General, Dominio Particular, Dominio Singular.

and expressions of the state and the general processes of culture and epistemic constraints. The domain of the particular corresponds to the structural conditions of the constituent groups' lifestyles, with their typical patterns of exposure to processes harmful to collective health and their own patterns of vulnerability to such harmful processes. The singular domain expresses the determination of the lifestyles of people and their phenotypic and genotypic traits.

We must as personal in health break paradigms to understand health as a process, where the way of living of a community affects the collective and the individual and vice versa.

### **KEY WORDS**

Epidemiology, Health, General Dominion, Private Domain, Singular Domain.

## **INTRODUCCIÓN**

---

Desde la década de los 70's, muchos investigadores latinoamericanos se han cuestionado los modelos de desarrollo que han incidido profundamente en los modelos políticos, sociales, económicos, culturales y en los modos de ser y de vivir en nuestros países, lo que determina el proceso salud-enfermedad.

Esta situación, plantea la necesidad de la participación y representación de la ciudadanía con sus diferentes tipos de organización para la implementación de nuevas políticas en salud y para la construcción de una sociedad más equitativa y justa.

Los profesionales en salud necesitamos analizar en profundidad lo que entendemos por salud; contextualizarlo con el escenario económico, político y social, renovando nuestro pensamiento crítico a favor del desarrollo de una investigación que beneficie a la sociedad en su conjunto, más allá de intereses individuales o de otro tipo que no aminoran los problemas en salud de nuestra sociedad.

## **MATERIAL Y MÉTODO**

---

Es un estudio de tipo retrospectivo reflexivo no experimental sobre la base de un análisis socio-histórico del concepto de Salud Pública.

## ENTENDIENDO LA SALUD-ENFERMEDAD

Los conocimientos al ser producto del pensamiento de los hombres, son productos históricos y transitorios, o sea que no son eternos ni absolutos, por ejemplo, los conceptos de salud enfermedad y por extensión los de sano y enfermo, han variado a través del tiempo y en el espacio histórico, es decir varían en función a una complejidad de procesos histórica y socialmente determinados (Claros Bustillo, 2000).

**En la formación social primaria**, la capacidad productiva y transformadora del hombre se fue desarrollando paulatinamente, donde las condiciones de vida y de existencia eran a un comienzo extremadamente difíciles y precarias. El concepto de salud tuvo básicamente un significado de sobre vivencia frente a las agresiones del medio natural.

**En la sociedad esclavista**, la conceptualización de salud-enfermedad es la propia de la clase dominante (esclavista): Asociando salud con fortaleza física, armonía de formas, belleza, vigor, recta proporción y buena actividad de la mente, lo que conocemos como *mente sana en cuerpo sano*. Por el contrario la enfermedad estaría asociada a hombres débiles, indignos, enfermizos.

**En la sociedad feudal**, dividida en señores feudales y siervos, donde las instancias religiosas y políticas son las dominantes. La salud será entendida como resultado del acatamiento de los mandatos divinos. La enfermedad será entendida como un castigo a consecuencia del pecado.

**En la sociedad capitalista**, la salud se desplaza del espacio religioso político al económico. Lo importante es la producción de mercancías por el trabajo asalariado. La ciencia se desarrolla y como producto se avanza en el conocimiento en salud sobre la funcionalidad de los sistemas. Se pone un costo y precio a la salud.

**A mediados del siglo XIX**, la teoría germinal de Luis Pasteur, reemplazo a la teoría miasmática y a la teoría de los cuatro humores. La teoría germinal o teoría microbiana de la enfermedad propone que los microorganismos son los causantes de varias enfermedades.

Empiezan a generarse los diferentes tipos de conceptos en salud: unicausal, biólogo, multicausal, ecológica, estructural, social, etc.

Hacia finales del siglo XIX, se discutía sobre el papel de las variables biológico-ambientales o social-político-culturales en la evolución de la especie humana y en la patogenia de la enfermedad. Los debates sobre los conceptos de raza, evolución, monogenismo, poligenismo, unidad o diversidad psíquica del hombre, selección natural y finalmente, sobre la fiabilidad científica de los textos sagrados, permitieron la emergencia del modelo médico y del modelo antropológico.

El modelo médico es el fruto de un proceso coyuntural por el cual la medicina técnica hipocrático-galénica, de carácter empírico-naturalista, incorporo los paradigmas biológicos de la ciencia experimental y, a fines del siglo XIX, abandonó el discurso político-social sobre la salud y la enfermedad (Comelles & Martínez Hernández, 1993).

El modelo médico fue haciendo a la medicina más dependiente de los parámetros biológicos y más centrados en la curación-cuidado que en la prevención. A partir del descubrimiento de los diferentes agentes etiológicos causantes de las enfermedades más prevalentes a finales del siglo XIX y del desarrollo científico tecnológico para la identificación cada vez más precisa de la ligación de la herencia a muchas otras enfermedades, la relación médico paciente fue dejada de lado y fue centrada al manejo por diferentes especialidades y sub especialidades en el contexto hospitalario, abstrayendo la salud solo al contexto biológico. Además el progreso tecnológico de los diferentes fármacos, ha contribuido al proceso de medicalización de la salud, olvidando que el ser humano es parte de una compleja red dialéctica de relaciones con su entorno social, cultural, económico, político e histórico.

## DEFINICIÓN SALUD POR LA OMS

---

En 1947 la organización Mundial de la Salud (OMS) define la salud como: “la salud es el completo bienestar físico, mental y social y no solo la ausencia de enfermedad”. Definición utilizada en la academia y a nivel institucional desde hace más de medio siglo, sin que hasta el momento se hayan considerado las diferentes críticas sobre esta definición que realizan muchos investigadores, quienes entienden el proceso salud-enfermedad, como un proceso continuo, móvil, que expresa y refleja el nivel de relacionamiento adaptativo que el hombre: complejo biopsicosocial, ha alcanzado frente las condiciones biológicas, ambientales y sociales en las que vive; este nivel adaptativo debe ser comprendido con su dinamicidad y estabilidad relativa, que da momentos de salud, pero que los cambios constantes del hombre y del medio puede llevar a una desadaptación y provocar el surgimiento y desarrollo del momento de enfermedad (Araujo, 1995).

En 1975, Milton Terris, propuso una nueva definición, donde salud es un estado de bienestar físico, mental y social y la capacidad para funcionar y no meramente la ausencia de enfermedad o discapacidad.

## MODELOS DE CAUSALIDAD Y DETERMINACIÓN DE LA ENFERMEDAD

---

En las ciencias de la salud y particularmente en la medicina se ha ido construyendo conjuntos de conceptos que tratan de explicar las relaciones causales que ocasionan la enfermedad.

**Modelos Simples:** Intentan explicar la causalidad de la enfermedad en función de un orden determinista rígido, univoco, invariante. Donde se exclu-

ye no solo la articulación de los procesos, sino también lo aleatorio y lo imprevisto, sostienen un tipo de causalidad lineal externa a los objetos.

**Modelo unicausal, unifactorial, determinista, de Koch-Henle:** Reconoce una sola causa para que se produzca enfermedad. Esta única causa puede ser biológica, microbiana u otro capaz de desencadenar procesos biológicos. Se introduce el término ambiente. Este modelo tiene su principal antecedente histórico en la llamada Doctrina de la etiología específica, surgida en la segunda mitad del siglo XIX en Europa a raíz de los descubrimientos microbiológicos (Álvarez-Martínez & Pérez-Campos, 2004) en muestras y elementos biológicos, que conmocionaron el ambiente médico de la época y lograron desplazar las explicaciones con perspectiva social acerca de la enfermedad. Pero este modelo se muestra insuficiente al tratar de explicar: ¿Por qué no todas las personas expuestas se llegan a infectar? ¿Por qué no todas las personas infectadas llegan a desarrollar la enfermedad?. Además con este tipo de modelo se da más énfasis al estudio de la enfermedad, se estudia al hombre enfermo y no al hombre sano en su contexto social.

**Modelos Complejos:** La insuficiencia explicativa de los modelos simples, obliga a asociar varios elementos para elaborar explicaciones en torno a complejos causales. Lo complejo exige asociar el objeto a su entorno y también con su observador, entenderlo ya no como “objeto puro” sino como sistema organizado como estructura que posee características esenciales y rasgos complementarios concurrentes y antagónicos, donde lo nuevo y emergente puede surgir y lo simple en apariencia pierde claridad. Debemos tener cuidado que al pretender explicar la salud no caigamos en el reduccionismo, explicar solo las partes, o en un pensamiento holístico que pretende explicar todo solo a nivel macro. Tal vez lo más razonable es que a nivel metodológico se pueda aislar alguna parte del todo, por la autonomía relativa, pero para su interpretación debe ser nuevamente relacionada dialécticamente con el todo.

**Modelos Multicausales:** Entienden que la enfermedad es el resultado de un conjunto de factores y no solo de únicos factores biológicos. Pueden explicar hasta cierto punto, que el enfermar no depende solamente de que los individuos entren en contacto con el agente, sino también de las condiciones adaptativas de ambos y de su relación con el ambiente. Modelo influenciado por las teorías ecológicas. Introducen el término factor de riesgo, introduciendo la lógica de probabilidades, para conocer la probabilidad de que se desarrolle la enfermedad. Pero este tipo de modelo toma en cuenta a la producción y a la cultura como parte del ambiente y son carentes de historicidad.

**Modelo de la Triada Ecológica:** Modelo construido sobre la base del concepto enfermedad como “estereotipo de adaptación”, enfoque que se generó en torno una visión ecológica de la salud y la enfermedad, este modelo explica la “historia natural de la enfermedad”, reconoce y sostiene que son tres los elementos fundamentales que participan en la génesis de la enfermedad, el agente, el huésped y el ambiente: elementos que deben estar en equilibrio para que haya salud.

El agente en el modelo resulta ser el principal, a tal extremo de que algunos autores lo identifican como sinónimo de la causa “primaria o verdadera”, sin la cual la enfermedad no puede producirse. Si es agente microbiano su capacidad generadora de enfermedad depende de su habilidad de sobrevivir en estado libre, de su capacidad de multiplicarse fuera del huésped humano, y además de su patogenicidad. El hospedero es un hombre o un grupo de hombres de los que se consideran sobre todo, factores biológicos como la edad sexo, raza, inmunidad específica y otros factores relacionados con algunos hábitos y costumbres. El ambiente se refiere a todo lo que es externo al agente y al hospedero “incluyen a otros hombres también”.

El desequilibrio de esta triada provocaría enfermedad. Sin embargo este modelo reduce al hombre a un plano eminentemente biológico, desconociendo la categoría social del hombre y por ende su capacidad creadora y transformadora del agente como del ambiente (Valencia G., 2007).

**Modelo de la Red Causal:** Fue desarrollado por Brian Mc Mahon en 1965, quien propone que la causa de las enfermedades debe ser entendida en el contexto de una “red de causalidad” constituida por múltiples factores de diversa índole: biológica, física, climáticos, ocupacionales, administrativos culturales económicos, ambientales, etc. Es el modelo predominante en la investigación epidemiológica, pero el seguimiento mecánico de este esquema ha consistido en la búsqueda de “factores de riesgo” sin esquemas explicativos sólidos del origen de las enfermedades (López Moreno, Garrido Latorre, & Hernández Avila, 2000).

Aquí lo social y toda su complejidad figuran como un factor o conjunto de factores, situado generalmente en posición aislada y periférica dentro de la red.

**Modelo Multicausal de Bradford Hill:** Propone una multiplicidad de causas agrupadas en torno a nueve criterios: (Álvarez-Martínez & Perez-Campos, 2004)

**Fuerza de asociación:** si la relación entre la supuesta causa y el efecto es alta o baja. Si la enfermedad tiene relación directa o no con la exposición a un factor de riesgo.

**Secuencia temporal:** que el factor de riesgo antecede al efecto. **Especificidad de asociación:** que el efecto esté relacionado en forma específica con la posible causa. **Consistencia o constancia:** que la asociación entre las dos variables causa y efecto se produce y confirma en otros contextos. **Gradiente biológico o relación dosis-respuesta:** cuando la frecuencia de aparición de la enfermedad, se incrementa con la dosis, tiempo y nivel de exposición. **Plausibilidad biológica:** que la causa supuesta tenga lógica, o que la hipótesis de la relación causal tenga sentido científico. **Coherencia:** la interpretación de las causas y efectos no deben entrar en contradicción con el comportamiento propio de la enfermedad. **Evidencia experimental:** que la relación causa-efecto sea llevada al ámbito experimental. **Razonamiento por analogía:** trata de identificar asociaciones causales de naturaleza similar que permitan inferir la relación causa-efecto en el proceso que se estudia. En este modelo se entiende que la

explicación de la enfermedad se basa en evidencias lógicas, observables, constatables, por lo que se da una explicación solo parcial. Además que pretende que para dar un efecto de enfermedad debe anteceder una causa lo que en la práctica no es así porque la causa y el efecto muchas veces son simultáneos.

**Modelo Multicausal de Lalonde:** En 1974 Marc Lalonde, (Lalonde, 1974) propuso un modelo de causalidad que llegó a ser muy importante en Salud Pública, sostiene que el nivel de salud de una comunidad depende de la interacción de cuatro variables básicas y determinantes: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y el sistema de atención sanitaria. La biología humana estaría referida a su genética y características de envejecimiento. El medio ambiente importaría solo referido a contaminación física, química, biológico y socio cultural. El estilo de vida estaría referido y conceptualizado casi exclusivamente a la conducta humana en relación a la salud, como por ejemplo hábitos y costumbres insanas o no. El sistema de atención sanitaria entendido en sus capacidades de promoción de salud, prevención de enfermedad, curación y rehabilitación. Este modelo afirma que de las cuatro variables, la única que podría ser modificada un poco es la biología humana. Lo rescatable es que, para este modelo las variables están muy influenciadas por factores sociales, que están situados exclusivamente en las “variables medio ambiente”, de la propuesta.

Pero no solamente se debe creer que la salud está influenciada por todo, o que en la influencia del medio ambiente también se debe considerar a lo social, porque de ser así lo social pierde protagonismo en la determinación de los procesos mórbidos, y así no se puede desarrollar una práctica sanitaria preventiva y tampoco nos aproxima a conocer la causalidad de la enfermedad en esencia, lo que es fundamental para desarrollar un praxis preventiva integral.

**Modelo de Kenth Rothman:** Este modelo distingue tres tipos de causa: las causa componente son los componentes de riesgo que cuando se unen de una manera determinada producen la enfermedad, contribuyen a formar un conglomerado que constituirá una causa suficiente, siempre que está la causa está el efecto. Es el conjunto mínimo de causas componentes que dan lugar a la aparición de la enfermedad. Si una causa componente forma parte de todas las causas suficientes de un efecto se la denomina causa necesaria, siempre que está el efecto está la causa. Si ha tenido lugar la enfermedad, es porque ha existido una causa específica, necesaria para que se dé dicho efecto. Este modelo es el más adaptado a los métodos estadísticos multivariantes (Álvarez-Martínez & Perez-Campos, 2004).

Los modelos multicausales derivan en la epidemiología actual con la intencionalidad pragmática de identificar relaciones entre variables, para establecer asociaciones causales entre factores de riesgo y sus efectos y estos nexos se lo considera como tales cuando hay sucesión en el tiempo (Claros Bustillo, 2000).

Sin embargo no siempre los individuos expuestos a los factores de riesgo enferman, aunque sí tiene mayor probabilidad de hacerlo que las personas no “expuestas”.



En el afán de interrelacionar los factores de riesgo: los marcadores, las causas inmediatas y mediatas, principales y secundarias, se han elaborado “cadenas causales”, “ruedas causales”, “polígonos causales”, “redes causales”, “triángulos causales”, muchas formas geométricas para asociar múltiples factores, que muchas veces convence, pero ninguna de ellas ha servido para explicar el proceso salud-enfermedad porque no se ha incorporado niveles diferenciados, jerarquizados según el peso sobre la determinación salud-enfermedad. Como en estos modelos deben estar todas las causas para producir un efecto (enfermedad) pueden ser reducibles a la causación simple.

**Modelo Estructural de Sagatowsky-Antipov:** Para estos autores, el conjunto causal integral de la salud y la enfermedad, está formado por dos estructuras complejas de causas: la estructura causal genética, que se refiere al conjunto infinito de condiciones necesarias (biológicas, psicosociales, sociales) que preceden al efecto pero que son insuficientes para provocarlo, al cual se le agrega otra condición llamada necesaria, hace suficiente al conjunto y el efecto se produce en forma simultánea con la presencia de todo el conglomerado, ahora ya suficiente y la causal estructural, que es el conjunto de condiciones interactuantes, necesarias y suficientes, que son simultáneas con el fenómeno provocado (efecto) (Claros Bustillo, 2000).

### Modelo Complejo dialectico crítico, socio-histórico

Pretende explicar la causalidad de la salud y la enfermedad en una forma integral y objetiva, relacionando el movimiento de los diferentes niveles de realidad, identificando su jerarquización desarrollando un proceso de conocimiento para identificar la esencia de la causalidad y no cae en la paradójica situación de “proponerse explicar partiendo de la suposición de que es imposible conocer la esencia de las cosas” (Laurell, 1982), como sucede explícita o implícitamente con los modelos multicausales.

La salud y la enfermedad constituyen una unidad dialéctica de lo general, lo particular y lo singular, de lo necesario y lo causal (Aldereguía, 1987).

El modelo se construye sobre la base del concepto de realidad compleja y dinámica, dialéctica, y por lo tanto, descarta posiciones reduccionistas que tomen lo simple, lo inmediato, lo solo observable, lo solo medible y mesurable como fundamento de evidencia de causa. El hombre es conceptualizado como un ser complejo, biológico y social, cuya biología humana también actúa. Relación biosocial que se da desde antes del nacimiento y de la misma fecundación, no solo por las características biológicas y sociales de los progenitores, sino por el contexto social general en el cual se genera y recibe “esa nueva vida” (Claros Bustillo, 2000).

Interpreta que la salud-enfermedad son dos expresiones contradictorias de un mismo proceso, entre las cuales se establece una continua interrelación, proceso unitario que es entendido como un proceso colectivo e individual, donde lo biológico y lo social, lo normal y lo patológico asumen una



dimensión histórica. Es decir, re-conceptualiza radicalmente la salud y la enfermedad, rechaza entender a la salud como fenómeno puramente biológico e individual, “normal”, aislado de la enfermedad, y en forma a-histórica.

La integración de lo social en este modelo tiene una connotación muy diferente a la incorporación de “lo social” que realizan los modelos multicausales, concluyendo en comprobaciones puramente estadísticas, que no explican el nivel social del problema y menos como los procesos sociales llegan a expresarse como enfermedad en los individuos y en los grupos sociales.

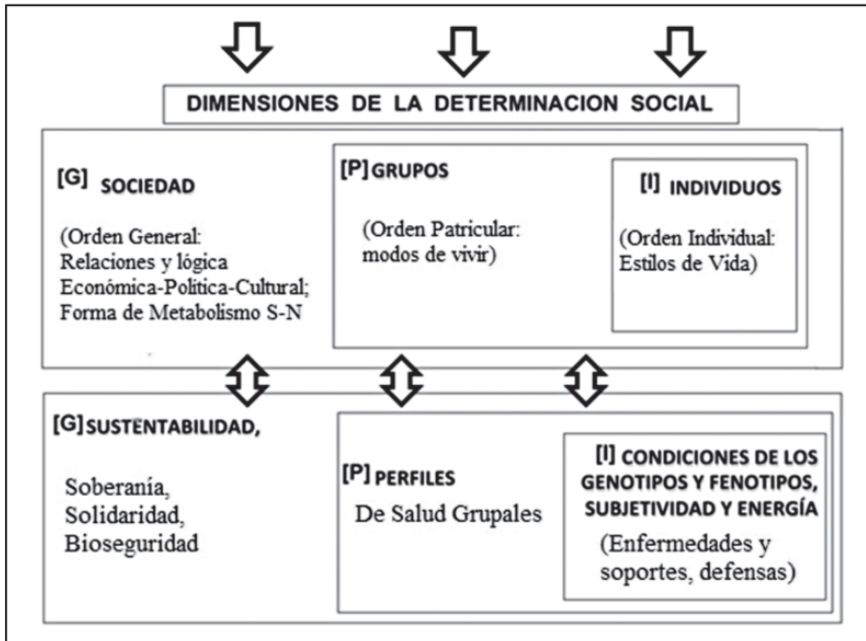
Este modelo reconoce e incorpora la relevancia de los procesos biológicos, la importancia entre el agente y el hospedero y el ambiente pero ubicándolos en sus específicos niveles y alcances.

Al estudiar la causalidad y determinación en diferentes ámbitos de la realidad, se deben considerar la estructura jerárquica de las leyes que son responsables para que un fenómeno o proceso suceda, estas son las leyes de determinación dialéctica: de lo universal, lo particular y lo singular, entendiendo que la diferencia entre las tres características son relativas y que solamente analizando un fenómeno determinado en su interdependencia con otros puede establecerse si es singular, particular o universal.

**Las leyes universales o generales** son las que corresponden a la dimensión constituida por los procesos estructurales y súper-estructurales de la sociedad que definen la esencia de la determinación de todos los demás procesos, delimitando el movimiento de los procesos particulares y de los procesos singulares, esto quiere decir que lo general, lo reiterado, lo relativamente estable y común a toda situación de salud y enfermedad, depende dialécticamente de leyes generales que regulan la dimensión estructural, súper estructural de la sociedad (Rojas Soriano, 1995).

**Las leyes de lo particular** que son eslabón entre lo singular y lo universal, corresponden a los procesos de reproducción social de los grupos sociales, en esta dimensión se definen los rasgos esenciales de las condiciones de vida de los hombres, delimitando el movimiento de los fenómenos singulares que se dan dentro del grupo. **Las leyes de lo singular** se hallan íntimamente relacionadas con el fenómeno en el que se manifiesta la esencia de lo particular y de lo universal. La dimensión que regula es el individuo pero no en abstracto, sino perteneciente a un grupo social determinando en sus condiciones de vida por los procesos estructurales y súper-estructurales de la sociedad. Este organismo concreto definido en sus características biológicas, psíquicas y sociales, es en el que se manifiesta la salud-enfermedad. (Breilh, Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad, 2003)

**Figura 1.**  
**La salud un objeto multidimensional (Breilh, La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva), 2013).**



Hablamos de una relación dialéctica en su totalidad por que si bien el mayor peso de la determinación va de lo general a lo particular, y de lo particular a lo singular, esta fuerza de determinación tiene una respuesta en sentido inverso, pues por ejemplo, individuos enfermos afectan grupos sociales tanto por su capacidad de trabajo disminuidas como por las características de su consumo y grupos sociales que existan en determinadas condiciones de vida y trabajo, no posibilitaran el desarrollo óptimo de los procesos estructurales y súper-estructurales de la sociedad, es decir que lo particular y singular participan activa y dialécticamente en la determinación, especificándola.

La determinación de las partes, sean grupo sociales o individuos, está dada por las leyes de la totalidad histórica de la sociedad, pero estas partes como manifestamos tienen también su relación de influencia en el proceso de determinación.

Entonces el planteamiento central del modelo es que la salud y la enfermedad son partes inexorables de la vida humana y que la vida del hombre siempre es social, es más, está determinada por las relaciones sociales.

Los procesos esenciales de la vida social son los que la generan, desarrollan y la transforman y no son otros que los procesos responsables de la reproducción social constituida fundamentalmente por el proceso de producción – consumo, mediado por la distribución, sobre el cual influyen variablemente las relaciones con el medio geográfico o territorio y las relaciones político-ideológicas.

La reproducción social tiene en la producción y el consumo a sus dos momentos básicos. El momento productivo es en el cual el hombre y los grupos sociales desarrollan actividades para producir bienes materiales, intelectuales, espirituales para cubrir necesidades históricamente definidas en el momento de consumo el hombre, incorpora a su vida productos tanto de trabajo humano o de la naturaleza para satisfacer las necesidades de su reproducción (Breilh, La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva), 2013).

En el momento de reproducir el hombre consume, se desgasta, y en el momento de consumo se reproduce constituyéndose ambos momentos en la base social del proceso desgaste-reproducción, el mismo que se corresponde con el proceso salud-enfermedad.

Todo este complejo de relaciones definen finalmente lo que tendría que constituir la calidad de vida, es decir, que las relaciones estructurales de producción y consumo mediadas por la distribución, las relaciones con la naturaleza, las relaciones político-ideológicas y las relaciones del movimiento biológico subsumido, todas en su conjunto dialéctico y jerarquizado determinan el nivel de calidad de vida del hombre, que a su vez también influirá sobre estas relaciones.

Desde una perspectiva amplia y general se puede afirmar que la salud y la enfermedad son el resultado y la expresión de la relación que el hombre establece con la naturaleza, relación que puede adoptar diferentes modalidades, pero que tiene en la relación transformadora de la misma, mediante el trabajo, a su forma fundamental y esencial para la vida humana.

El hombre cursara su vida en una dinámica permanente entre los momentos de salud y enfermedad, dependiendo la predominancia hacia uno u otro polo del proceso, de las características de la relación que establece con la naturaleza en los procesos esenciales de la vida (Breilh, La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva), 2013).

## DETERMINACIONES SOCIALES EN SALUD

---

Debemos usar la categoría “determinación social en salud”, para el conocimiento de la producción de la vida en su rica complejidad y no apenas como una de sus expresiones la salud.

El emplear simplemente determinantes sociales en salud, nos lleva a un análisis de tipo positivista tratando de entender el proceso salud-enfermedad sobre la base de modelos causa-efecto, pero como vimos anteriormente esto nos aleja del contexto real histórico basado en el trabajo, nos aleja de analizar realmente como se da el proceso de la salud y de la enfermedad en nuestra sociedad, la cual actualmente está basada en grandes empresas creadoras de necesidades, que nos vuelven consumistas sin sentido, necesidades que vienen con su obsolescencia programadas y que al fin lo que logran es depredar la vida.



## EPIDEMIOLOGÍA CRÍTICA

---

La epidemiología no puede ser más una disciplina de casuística de enfermedades y mortalidades alejadas de la realidad histórica social, sino que debe convertirse en una herramienta colectiva para la defensa y la promoción de la salud y por ende de la vida.

La herramienta metodológica en la determinación social de la salud, es la epidemiología crítica que retoma los aportes de la teoría crítica del espacio y la geografía, las condiciones y espacios estructurados de los modos de vida grupal y la autonomía relativa de los individuos que la componen en los estilos de vida.

**Dominio General:** Es indispensable analizar la estructura de poder que determina los rasgos saludables o malsanos de los modos de vivir en el dominio particular, según la incidencia tripartita de las tres fuentes primarias de inequidad de una sociedad: la clase social, el género y la condición etnonacional (etnicidad), que también ejercen influencia en el dominio singular.

### Dominio Particular

Los modos de vida en el perfil epidemiológico son un sistema de contradicciones que determinan los patrones epidemiológicos de exposición y vulnerabilidad. Según el Dr. Jaime Breilh, estos modos de vida estaría dados por:

- Condiciones grupales del trabajo: posición en la estructura productiva; patrones laborales.
- Calidad y disfrute de bienes de consumo del grupo; tipo de cuota; construcciones de necesidad; sistema de acceso; patrones de consumo.
- Capacidad objetiva del grupo para crear y reproducir valores culturales e identidad (clase para sí).
- Capacidad objetiva del grupo para empoderamiento organización y soportes en beneficio del grupo.
- Calidad de las relaciones ecológicas del grupo: relación con la naturaleza.

### Dominio Singular

En el espacio individual y familiar, las personas concretas construyen sus vidas que con el tiempo organizan sus propios estilos de vida. Según el Dr. Jaime Breilh, los estilos de vida estaría dados por:

- Itinerario típico personal en la jornada de trabajo.
- Patrón familiar y personal de consumo: alimentación; descanso; vivienda; acceso y calidad de servicios; recreación.
- Concepciones y valores personales.
- Capacidad personal para organizar acciones en defensa de la salud.
- Itinerario ecológico personal.

A lo largo de nuestra existencia, desde el seno de nuestra madre vamos lidiando con procesos saludables/protectores pero también con procesos destructivos, y este movimiento contradictorio de procesos condiciona el desarrollo en los fenotipos y genotipos de las personas.

La genética (de gran desarrollo actualmente), considera que las enfermedades tiene su base en los genes que se encuentran en el DNA de las células de nuestro cuerpo. Sin que hasta el momento se haya logrado identificar cuáles son los genes que nos protegen de las enfermedades más frecuentes.

Cuando se habla de salud la mayoría de las veces solo se aborda el problema individual, porque se observan signos, se preguntan sobre síntomas y se busca la correlación clínica laboratorial, ahora conocida como clínica basada en evidencia, para poder dar un diagnóstico y recetar un fármaco para curar.

El avance actual de la ciencia ha llegado a escudriñar las bases moleculares y genéticas buscando la causa de las enfermedades. De algunas se ha podido evidenciar la presencia de genes causantes de enfermedades pero bajo la lógica causa-efecto, apenas se ha logrado identificar esos genes en los familiares o se han hecho estudios en poblaciones bien definidas, pero sin ningún resultado concluyente.

Últimamente se quiere “salir” del plano individual biológico o genético incorporando a la epidemiología y a la salud pública como herramientas que abordan la dimensión colectiva, pero no se aborda la salud como un proceso complejo como la interrelación entre dos dimensiones la individual y la colectiva.

Debemos como personal en salud romper esos paradigmas viejos, gastados y sin resultados positivos, para entender la salud como un proceso, donde la forma de vivir la vida de una comunidad afecta al colectivo y al individuo y viceversa.

Es así que la salud se desarrolla como proceso concatenado entre las dimensiones entre las dimensiones espaciales de lo general, lo particular y lo singular.

Desde la perspectiva epidemiológica:

El dominio de lo general corresponde a la determinación del sistema de acumulación, la lógica matriz del sistema de producción, las políticas y expresiones del Estado y los procesos generales de la cultura y condicionantes epistémicos.

El dominio de lo particular es el que corresponde a las condiciones estructurales de los modos de vida de los grupos constitutivos, con sus patrones típicos de exposición a procesos nocivos para la salud colectiva y sus patrones propios de vulnerabilidad a dichos procesos nocivos.

El dominio singular expresa la determinación de los estilos de vida de las personas y de sus rasgos fenotípicos y genotípicos.

## CONCLUSIONES

---

El desarrollo de las ideas plasmadas en proyectos científicos para luego convertirse en conocimiento científico llevado a la práctica debe ser contextualizado dentro de nuestras tradiciones como nación y en la lógica de la historia entendida dentro de las influencias internas y externas.

Lo que más llama a la reflexión de este modelo hegemónico es el desconocimiento hacia la medicina tradicional, popular, a las creencias de nuestros abuelos y abuelas sobre la íntima relación entre el mundo exterior y el ser humano. A favor del progreso científico y tecnológico se combate a las prácticas populares e incluso se culpa a la pobreza como la causa de las enfermedades, sin aceptar que es el propio modelo que tiene sus fallas estructurales lo que lo hace incapaz de solucionar las desigualdades en salud. La participación de las ciencias sociales en el estudio de la salud es fundamental, debido a que: el hombre, el sujeto sano-enfermo, es un ser cuya biología es resultado de una compleja evolución biosocial, en el cual el nivel social ha tenido y tiene el rol determinante, el hombre (varón, mujer) es en esencia un producto de las relaciones sociales.

La salud y la enfermedad son expresiones concretas de procesos sociales que las generan a través de procesos mediadores entre lo biológico y lo social (reproducción social, proceso de trabajo, de consumo y otros).

La causalidad y la determinación de la salud y enfermedad está histórica y socialmente determinada, por los procesos esenciales de la vida social.

El saber en salud está compuesto por elementos científicos y no científicos por lo que debemos valorar cada interpretación.

Las prácticas en salud son prácticas sociales para responder a las problemáticas de la enfermedad y por lo tanto su origen, desarrollo, transformación dependen de condiciones histórico sociales concretas.

Los efectos sociales del proceso salud-enfermedad impactan de diferente manera sobre el progreso y el desarrollo social.

La salud y la enfermedad pueden desarrollar autonomía relativa respecto al proceso histórico social determinante, un claro ejemplo son los años finales del siglo XX y principios del siglo XXI donde se ha generado un avance extraordinario sobre el conocimiento de los procesos biológicos y el saber de las prácticas en salud.

Es hora de que volvamos nuestros ojos al universo en pleno, rectifiquemos y vayamos en pos de un futuro digno, en armonía con la madre tierra, con los seres vivos que la integran, para equilibrar el proceso salud-enfermedad o más aun volcar la balanza hacia la salud.

## BIBLIOGRAFIA

- Aldereguía, J. (1987). La relación de lo biológico y lo social en higiene social y organización de la salud pública. La Habana: Pueblo y Educación.
- Álvarez-Martínez, H., & Perez-Campos, E. (2004). Causalidad en Medicina. Recuperado el 05 de Septiembre de 2017, de [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0016-38132004000400018&lng=es&tlng=en](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0016-38132004000400018&lng=es&tlng=en).
- Araujo, R. (1995). El problema de la determinación del proceso salud enfermedad. Análisis crítico para una evaluación. La Habana: ISCM.
- Breilh, J. (2003). Epidemiología Crítica: Ciencia Emancipadora e Interculturalidad (Primera ed.). Buenos Aires: Lugar Editorial.
- Breilh, J. (2013). La determinación social de la salud como herramienta de transformación hacia una nueva salud pública (salud colectiva). *Rev. Fac. Nac. Salud Pública*, 31(1), S13-S27.
- Claros Bustillo, J. (2000). Introducción a la Salud Pública. La Paz: UMSA.
- Comelles, J. M., & Martínez Hernández, A. (1993). Enfermedad, cultura y sociedad. Madrid, España: Eudema.
- Lalonde, M. (1974). A new perspective on the health of Canadians. Recuperado el 05 de Septiembre de 2017, de <http://www.phac-aspc.gc.ca/ph-sp/pdf/perspect-eng.pdf>
- Laurell, A. C. (Enero de 1982). La salud-enfermedad como proceso social. Recuperado el 05 de Septiembre de 2017, de <http://capacitasalud.com/biblioteca/wp-content/uploads/2016/02/Cuadernos-Medico-Sociales-19.pdf>
- López Moreno, S., Garrido Latorre, F., & Hernández Avila, M. (2000). Desarrollo Histórico de la Epidemiología: su formación como disciplina científica. Recuperado el 05 de Septiembre de 2017, de <https://dx.doi.org/10.1590/S0036-36342000000200009>
- Morin, E. (2009). Introducción al pensamiento complejo. GEDISA.
- Rojas Soriano, R. (1995). Capitalismo y Enfermedad. Mexico: Plaza y Valdés, SA de CV.
- Valencia G., P. L. (8 de julio de 2007). Algunos apuntes históricos sobre el proceso salud-enfermedad. Recuperado el 05 de Septiembre de 2017, de [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0120-386X2007000200003&lng=en&tlng=es](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0120-386X2007000200003&lng=en&tlng=es).